

Камалова М.Т.,
Негмаджанов Б. Б.,
Муминова Ф.Р.,
Курбаниязова М.З.,
Раббимова Г. Т.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. - проф. Б.Б. Негмаджанов)
педиатрического факультета СамМИ (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

В структуре заболеваний сердечнососудистой системы хроническая венозная недостаточность (ХВН) является наиболее частой экстрагенитальной патологией у беременных и родильниц. По данным разных авторов, венозная недостаточность выявляется в 7-35% случаев у беременных, причем у 50-96% из них она впервые появляется во время беременности [3]. Пристальное внимание к проблеме ХВН во время беременности оправдано тем, что нарушения венозного оттока не только служат причиной ухудшения самочувствия пациенток, но и могут привести к развитию тромбофлебита, тромбозов, и тромбоэмболий, несущих реальную угрозу здоровью матери и плода. Актуальность данной проблемы в акушерстве обусловлена увеличившейся в 2-3 раза распространенностью этих осложнений в последние годы. Считается, что 50% всех венозных тромбоэмболических осложнений у беременных связано с беременностью. Частота венозных тромбозов при беременности составляет в среднем 0,4%, а в послеродовом периоде - 3,5%. Таким образом, ХВН осложняет течение беременности, родов и послеродового периода, приводя к увеличению материнской заболеваемости и даже смертности.

В подавляющем большинстве случаев лечение ХВН у беременных является исключительно терапевтической проблемой и может проводиться акушером-гинекологом. Основа лечебной программы - консервативные средства: эластическое бинтование и фармакотерапия. Компрессионная терапия является обязательным компонентом любой схемы лечения ХВН и наиболее эффективным методом ее профилактики.

Таким образом, остается актуальной задача поиска наиболее безопасных, эффективных и в то же время удобных в применении изделий, обеспечивающих хороший клинический результат при терапии ХВН и профилактику тромботических осложнений у беременных, рожениц и родильниц [1].

Цель исследования: изучение течения беременности и ведение родов у женщин с варикозным расширением вен наружных половых органов и нижних конечностей.

Материал и методы: В связи с малой изученностью и разноречивостью в литературе вопросов частоты течения беременности, родов, послеродового периода, диагностики и лечения варикозного расширения вен нижних конечностей и наружных половых органов, нами разработаны 40 историй родов родильниц находившихся в родильном комплексе №3 города Самарканда за 2009-2011 гг.

Среди наблюдаемых нами беременных жительницы города Самарканда составили 7 (17.5%) и сельской местности - 33(82.5%) случаев. Возраст находившихся под нашим наблюдением беременных выглядит следующим образом: от 17 до 20 лет - 2 (5%), от 21 года до 30 лет - 31 (77.5%), от 31 до 40 лет - 7 (17.5%).

По возрасту преобладали беременные от 21 до 31 лет, что составляло 77.5% случаев.

По социальному положению беременные распределились на следующее: домохозяйки - 33 (82.5%), служащие 7 (17.5%). По социальному положению основную массу рожениц составили домохозяйки 82%. На наш взгляд это связано с тем, что беременные домохозяйки все еще не полностью охватываются поликлиниками. Так, из наблюдаемых нами рожениц поликлинику посещали 59,2% женщин, причем и они посетили ее лишь 2-3 раза в поздние сроки беременности.

Для диагностики варикозного расширения вен изучались жалобы больных, анамнестические данные, давность заболевания, наследственные факторы, объективные методы, ростовесовой коэффициент, пальпация наружных и внутренних вен нижних конечностей, измерение окружности голени, бедра - для выявления отеков.

Все женщины по росту распределились следующим образом: от 151-165 см 35 (87,5%), выше 166 см - 4 (10%), ниже 150 см 1 (2,5%), а по весу: 45-55кг 24 (60%). 56-65 кг 8 (20%), 65-85 кг 8 (20%).

Высчитывая индекс массы тела, с учетом гестации (рост, вес) у 8 (20%) женщин выявлены избыточная масса тела и ожирение I и II степени. Учитывая, что очень частой причиной ВРВ является крупный плод, для диагностики крупного плода женщины подвергались общепринятым акушерским методам исследования. Всем 40 женщинам измеряли размер таза. С целью определения предполагаемой массы плода измеряли ОЖ, ВДМ, ЛЗР, длину плода. Предполагаемую массу плода рассчитывали по формулам. Наиболее точным методом диагностики крупного плода считается УЗИ - фето-метрия, изучалось также состояние плаценты.

Данные клинического исследования основывались на сборе анамнеза, изучения особенностей течения предыдущих беременностей и родов, детородной функции, наличия сопутствующих заболеваний, особенностях течения и осложнения настоящей беременности.

Из лабораторных и инструментальных методов исследования проводились общий анализ крови, мочи,

биохимический анализ крови, коагулограмма, УЗИ. Исследования проведены в лаборатории родильного комплекса №3.

Течение раннего неонатального периода изучалось у 40 новорожденных. Сразу после рождения дети осматривались неонатологом, оценивалось состояние новорожденного, определялась масса тела, рост, доношенность и зрелость.

Результаты и обсуждение: Проведен клинический анализ 40 родов беременных с варикозным расширением вен родоразрешившихся в 3 родильном комплексе за 2009- 2011.

Анализ причин возникновения варикозного расширения вен показал что сам варикоз беременностью не вызывается: он существует и до беременности, а во время беременности он чаще всего обостряется. По анамнестическим данным отмечено наследственное предрасположение к этому заболеванию в 66.5%. По данному Р.С. Колесникова она составляет - 45,3%. По нашим данным у 60% женщин варикозные узлы появились уже во время беременности. Расширение вен проявилось уже в первые три месяца беременности у 25% женщин, а у оставшихся 75% - в течение последующих трех месяцев.

Наши данные совпадают с данными Е.Ю. Юпатова (2010) - более у 50% женщин варикозное расширение вен проявляется уже в первые три месяца беременности у 30% женщин, а у оставшихся 70% - в течение последующих трех месяцев.

Жалобы больных с варикозным расширением вен при поступлении были на: тяжесть в нижних конечностях 32 (80%), быструю утомляемость 36 (90%), боли в икроножных мышцах и отеки 28 (70%), которые усиливаются к концу рабочего дня и судороги мышц нижних конечностей -12 (30%).

Выявлено, что варикозное расширение вен чаще всего наблюдается в репродуктивном периоде, особенно у повторнородящих.

Среди наблюдаемых нами беременных первородящие составили -14 (35%), повторнородящие составили -26 (65%).

Из повторнородящих в анамнезе у 19 (73%) женщин были II-III беременности, IV и более у 7 (27%).

Был проанализирован анамнез беременных женщин с варикозным расширением вен. Нами были проанализированы течение и исход предыдущих родов у повторнородящих. У 10 (25%) женщин наблюдался ранний токсикоз и гестоз, у 5 (12,5%) - хроническая внутриутробная гипоксия плода, у 5 (12,5%) несвоевременное излитие околоплодных вод, у 8 (20%) слабость родовой деятельности, кровопотеря в III периоде родов и раннем послеродовом периоде у 4 (10%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 1 (2,5%), послеродовой эндометрит у 2 (5%).

Важным этиологическим фактором варикозного расширения вен следует считать экстрагенитальную патологию у матери, поэтому обращают на себя внимание перенесенные ранее заболевания.

Из соматического анамнеза было выявлено, что у наблюдаемых нами беременных отмечались перенесенные ранее ими простудные заболевания (ОРВИ\ОРЗ) - у 40 (100%); вирусный гепатит - у 6 (15%), за&елеБаНй,.' выделительной системы - у 10 (25%) женщин с варикозным расширением вен.

Данная беременность протекала на фоне угрозы прерывания у 15 (37,5%), анемия - у 32 (80%), ОРВИ в первой половине у - 7 (17,5%), обострение хронического пиелонефрита беременных - у 20%, гестозы (преэклампсия легкой, тяжелой степени) - у (10%), эндокринопатия - у 3 (7,5%) у женщин с ВРВ.

При осмотре у 40 беременных отмечалось варикозное расширение вен нижних конечностей, сочетание варикозного расширения вен нижних конечностей и наружных половых органов 8 (20%). Из них на больших и малых половых губах у 5 (12,5%), в преддверии влагалища у 1 (2,5%), на боковых стенках влагалища у 2 (5%).

Локализация плаценты по данным УЗИ у беременных женщин с варикозным расширением вен диагностирована на задней стенке у 29 (72,5%), на передней стенке у 11 (27,5%).

Роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод у 7 (17,5%) женщин, из них преждевременное излитие околоплодных вод - у 4 (10%), раннее излитие околоплодных вод - у 3 (7,5%) беременных. Наши данные частично совпадают с данными Ю.А. Кротова и Н.В. Проценко. Кроме этого по нашим исследованиям наблюдалась слабость родовой деятельности у 7,5% женщин. По дан

ным Е.Н. Зарубина слабость родовой деятельности встречается у 6,6% рожениц.

Течение и исход родов. Из наблюдаемых нами беременных женщин с варикозным расширением вен родоразрешены через естественные родовые пути - 28 (70%) рожениц, остальные 12 (30%) беременных женщин с варикозным расширением вен родоразрешались путем операции кесарево сечение.

Показаниями к операции кесарево сечение были: преэклампсия тяжелой степени у 7 (17,5%), миопия высокой степени у 1 (2,5%), сочетание крупного плода и преждевременного излития околоплодных вод у 2 (5%), рубец на матке у 3 (7,5%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 1 (2,5%).

У 32 (83%) женщин с варикозным расширением вен произошли срочные роды, у 5 (12%) женщин преждевременные, у 2 (5%) женщин запоздалые роды.

Травмы родовых путей наблюдались у 7 (17,5%) женщин. Из них разрыв шейки матки - 1 (2,5%) случаях, разрыв слизистой влагалища 4 (10%) случаях, разрыв промежности 1 степени в 2 (5%) случаях.

Макроскопически при осмотре плацент (после родов) отмечен ряд изменений: на поверхности долек встречались беловатые бляшковидные утолщения (15%), и множественные мелкие кальцификаты (20%), сгустки крови (15%).

Специальная профилактика осложнений по нашим данным заключалась в следующем: 1 - эластическое бинтование нижних конечностей до и после родоразрешения применялось у 24 (60%). Введение низкомолекулярного гепарина - клексан после операции кесарево сечения у 12(30%).

Послеродовой период протекал гладко у 33 (82%) женщин с варикозным расширением вен, осложнился у 7 (18%). Осложнениями в раннем послеродовом периоде были: гипотоническое кровотечение, по поводу чего ручной контроль полости матки предпринят у 3 (7,5%) женщин, послеродовой эндометрит был 2 (5%).

Новорожденных, родившихся через естественные родовые пути было - 28 (70%). Путем абдоминального родоразрешения извлечено 12 (30%) новорожденных.

Средняя масса детей в 1-й группе составила 3350,0 во 2-й группе - 3580,0г. Крупными родились 5 (12,5%) новорожденных.

ОША на 1 минуте у 18 новорожденных составила 8-9 баллов, у 20 новорожденных 6-7 баллов и у 2 новорожденных - 3-5 баллов.

Таким образом, частота больных среди обратившихся за 2009-2011 г. в родильный комплекс №3 составила 1,2%. Беременность у женщин с варикозным расширением вен осложняется: угрозой прерывания беременности у 3 (7,5%), ранний токсикоз у 7 (17,5%), преэклампсия легкой степени у 4 (10%), преэклампсия тяжелой степени у 8 (20%), слабость родовой сил у 5 (12,5%). При ведении родов у женщин отмечались наиболее частые роды через естественные родовые пути у 28 (70%), путем операции кесарево сечения у 12 (30%). Показаниям к операции кесарево сечение явились только акушерские.

С целью профилактики тромботических осложнений 24 (60%) женщинам были использованы эластическое бинтование и 12 (30%) женщинам был назначен низкомолекулярный гепарин - клексан .

Особенностями течения послеродового периода явились частые осложнения: гипотоническое кровотечение у 6 (15%), послеродовой эндометрит у 2 (5%).

Таким образом, беременность является одним из факторов, обуславливающих возникновение патологии вен, которая в свою очередь может оказать влияние на возникновение осложнений беременности, родов и послеродового периода. Беременные с указанным заболеванием должны наблюдаться и проходить корригирующую терапию в специализированном флебологическом кабинете, функционирующем при женской консультации.

Преимуществом наблюдения, диспансеризации и лечения женщин с патологией вен в период беременности и после родов в специализированном сосудистом отделении хирургической клиники позволит предупредить прогрессирование застойных явлений , улучшить результаты лечения и добиться быстрой реабилитации больных.

Литература

1. А.В.Мурашко, Н.В.Красиков Применение компрессионных изделий в терапии ХВН и профилактике тромбозомболических осложнений у беременных//В помощь практическому врачу.-2011.-№7-с.84-88.
2. Е.Н.Зарубина Состояние фето-плацентарной системы у беременных с варикозным расширением вен.// Вопросы охраны материнства и детства. 1986.Т.31, №6.с 50-53.
3. Золотухин И.А.Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей / И.А. Золотухин // Медицинский вестник. — 2006. — №10. — С. 14 — 15.
4. Мурашко А.В. Заболевания вен и беременность / А.В.Мурашко // 1 гинекология -2005. -том 7. -№ 5-6. -С.316-318.